

OZNÁMENIE O ÚRAZE

Wüstenrot poisťovňa, a.s., Karadžičova 17, 825 22 Bratislava 26, SR, IČO: 31 383 408, Obchodný register Okresného súdu Bratislava I, oddiel Sa, vložka č. 757/B
 UPOZORNENIE: V prípade úrazu spolupoisteného dieťaťa je pre posúdenie nároku na poistné plnenie potrebné priložiť k Oznámeniu o úraze fotokópiu rodného listu spolupoisteného dieťaťa.

ÚDAJE O POISTENOM, PRÍP. O SPOLUPOISTENOM DIEŤATI

Meno a priezvisko:	Rodné číslo:	Telefón:
Adresa bydliska:		PSČ:
Ste politicky exponovanou osobou podľa zákona č. 297/2008 Z.z. ? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie V prípade kladnej odpovede uveďte v akom postavení: Ak ide o škodovú udalosť dieťaťa, na otázku odpovedajte v časti Prehlásenie zákonného zástupcu u maloletého poisteného.		
Zamestnanie (druh pracovnej činnosti a adresa zamestnávateľa):		
Čísla poistných zmluv, ktorými ste poistený pre prípad úrazu:		

1. ÚDAJE O ÚRAZE

1.1. Kedy a kde došlo k úrazu? Dátum: Čas: Miesto:

1.2. Podrobne a súvisle opíšte činnosť, spôsob a okolnosti vzniku úrazu:

1.3. Ktorá časť tela bola poranená?		1.4. Bola táto časť tela funkčne alebo inak postihnutá už pred týmto úrazom? áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	
		Ako?	

1.5. Adresa zdravotníckeho zariadenia, kde vám poskytli prvé ošetrenie a kedy:			kde ste sa liečili:	Meno a adresa obvodného lekára v evidencii ktorého máte zdravotnú kartu:

1.6. Došlo k úrazu pri výkone povolania alebo v priamej súvislosti s ním? áno nie

Ak áno, uveďte pracovisko, kde k úrazu došlo a činnosť, ktorú ste vykonávali:

1.7. Došlo k úrazu pri činnosti mimo výkonu povolania? áno nie Ak áno, označte krížikom zdroj úrazu:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> opravárska a údržbárska činnosť; manipulácia so strojmi, náradím alebo materiálom | <input type="checkbox"/> pri doprave alebo v súvislosti s ňou | <input type="checkbox"/> pri športe |
| <input type="checkbox"/> pobyt a práce v domácnosti alebo v okolí domácnosti | <input type="checkbox"/> v škole alebo pri akcii organizovanej školou | <input type="checkbox"/> pri podnikateľskej činnosti |
| <input type="checkbox"/> pri pešej chôdzi vrátane rekreačnej a inej činnosti | <input type="checkbox"/> vlastný dopravný prostriedok, vlastné zariadenie | <input type="checkbox"/> pri inej činnosti mimo povolania |

1.8. Bližšie opíšte zdroj, ktorý bol príčinou úrazu:

1.9. Mená a adresy prípadných svedkov úrazu:

1.10. Prípad vyšetroval (orgán, adresa, prípadne meno):

1.11. Ak ide o úraz motorovým vozidlom, uveďte:

druh a továrenskú značku vozidla:	ŠPZ:
Meno a adresa vlastníka motorového vozidla:	
Meno a adresa vodiča:	

2. POTVRDENIE ZAMESTNÁVATEĽA ALEBO ORGANIZÁCIE

V prípade, že k úrazu došlo pri pracovnej činnosti, alebo v priamej súvislosti s ním:

V dňa

.....
pečiatka a podpis zamestnávateľa (organizácie)

3. PREHLÁSENIE A SPLNOMOCNENIE (VYPLŇUJE POISTENÝ ALEBO ZÁKONNÝ ZÁSTUPCA)

Prehlasujem, že k hore uvedenému úrazu som vyplnil(a) iba jedno oznámenie o úraze, v ktorom som uviedol(a) pravdivé a úplné údaje. Splnomocňujem poisťovňu na vyžiadanie akejkoľvek dokumentácie týkajúcej sa vzniku a liečenia môjho telesného poškodenia a zdravotného stavu.

Poistné plnenie poukážte na: Meno a adresu: alebo na: Bankový účet: Kód banky: Vedený v:

Prehlásenie zákonného zástupcu u maloletého poisteného:

Čestne prehlasujem, že som oprávnený zastupovať a spravovať veci môjho dieťaťa a som si vedomý dôsledkov, keby toto prehlásenie nebolo pravdivé.

Meno zákonného zástupcu: Rodné číslo: Ste politicky exponovanou osobou podľa zákona č. 297/2008 Z.z. ? áno nie V prípade kladnej odpovede uveďte v akom postavení:

V dňa

.....
podpis poisteného / zákonného zástupcu maloletého poisteného

Ošetrojúci lekár potvrdzuje, že ošetroval úrazom postihnutého, ktorý je uvedený na prvej strane tohto oznámenia a zistil telesné poškodenia a zdravotné ujmy tohto druhu a rozsahu:

Tlačivo poisťovne môže vyplniť iba odborný ošetrojúci lekár, ktorý nie je v príbuzenskom vzťahu s úrazom postihnutou osobou, uvedenou na tomto oznámení.

Kedy došlo (podľa zdravotnej dokumentácie) k prvému lekárskeму ošetrovaniu?

Dňaohod.

Diagnóza úrazu:

Podrobný opis telesného poškodenia spôsobeného úrazom s určením jeho rozsahu:

Spôsob a druh ošetrovania (podrobne opíšte):

RTG nález opisom:

Zodpovedá ošetrované telesné poškodenie vrátane jeho rozsahu úrazovému deju, ako je uvedený na prednej strane tohto oznámenia? áno nie

Nastal úraz následkom požitia alkoholu, alebo vplyvom toxických látok? áno nie V krvi bolo zistené‰ alkoholu.

O aký druh návykovej látky pravdepodobne išlo?

Áké boli zistené príznaky opitosti, resp. toxických látok?

Bol poranený úd alebo orgán už pred úrazom funkčne postihnutý? áno nie Ako?

V akom rozsahu?

Predpokladáte, že úraz zanechá trvalé následky? áno nie

Pravdepodobne akého druhu a rozsahu?

Vážení pán doktor, pre posúdenie nároku na poistné plnenie sú potrebné informácie o liečení a zdravotnom stave poisteného, príp. spolupoisteného dieťaťa, o ktoré Vás touto cestou prosíme. Písomný súhlas poisteného so sprístupnením uvedených informácií je uvedený na prvej strane tlačiva. Po presnom a úplnom vyplnení a podpísaní tohto tlačiva Vám vzniká právo na odmenu vo výške 5,00 €.

Upozornenie: V prípade nepresného alebo neúplného vyplnenia údajov alebo nedoloženia požadovanej dokumentácie, nevzniká nárok na vyššie popísanú odmenu.

V dňa

Meno lekára:

Adresa:

Číslo účtu:

Vyhlasujem, že nie som v príbuzenskom vzťahu s úrazom postihnutou osobou uvedenou na tomto oznámení.

.....
Pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára